



FICHA DE INSCRIPCIÓN

INSCRIPCIÓN ABIERTA DESDE EL 01/10/2019 AL 28/02/2020

IMPORTANTE: El envío de esta ficha o la inscripción a través de la página web de SAP, genera un **compromiso** de pago. De no realizarlo, Ud. originará una deuda con la SAP. Si decide suspender el Curso debe **solicitar la baja correspondiente por escrito** antes de la entrega del módulo 2 para no acumular una deuda.

DATOS PERSONALES:

Completar con letra de IMPRENTA. COMPLETE TODOS LOS CAMPOS.

Apellido y Nombre:

Número de documento:

Sexo: F M Fecha de Nac.:

Socio SAP: Si No

Médico en formación*

Filial:

Domicilio:

Piso:

Dto.:

Localidad:

CP:

Provincia:

Tel. particular: ()

Tel. celular: ()

E-mail (letra clara):

* Médico en formación (acreditados en SAP) contarán con los beneficios correspondientes. Más información en www.sap.org.ar

CATEGORÍA DE INSCRIPCIÓN – ARANCELES

• Para abonar arancel de SOCIO deberá tener **la cuota SAP al día**. Para mantener dicho arancel deberá permanecer en la categoría socio durante el año lectivo, de lo contrario abonará la diferencia al arancel **No Socio**

• Socio Honorario o Vitalicio: inscripción GRATUITA • Beneficio Médico en formación acreditado, gozarán del beneficio automáticamente. **IMPORTANTE:** para recibir los 2 módulos debe tener pago el total del curso, de lo contrario recibirá sólo el módulo 1 hasta regularizar su situación con tesorería.

Aranceles preferenciales desde el 01/10/2019 hasta el 31/12/2019

| Socio SAP | | | No Socio | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|
| | papel + web | web | | papel + web | web |
| Inscriptos PRONAP | <input type="checkbox"/> \$ 4.500 | <input type="checkbox"/> \$ 3.600 | Inscriptos PRONAP | <input type="checkbox"/> \$ 12.900 | <input type="checkbox"/> \$ 10.300 |
| NO inscriptos PRONAP | <input type="checkbox"/> \$ 5.400 | <input type="checkbox"/> \$ 4.300 | NO inscriptos PRONAP | <input type="checkbox"/> \$ 15.400 | <input type="checkbox"/> \$ 12.300 |
| Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> | | | Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> | | |

Aranceles desde el 01/01/2020 hasta el 28/02/2020

| Socio SAP | | | No Socio | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| | papel + web | web | | papel + web | web |
| Inscriptos PRONAP | <input type="checkbox"/> \$ 5.000 | <input type="checkbox"/> \$ 4.000 | Inscriptos PRONAP | <input type="checkbox"/> \$ 14.200 | <input type="checkbox"/> \$ 11.300 |
| NO inscriptos PRONAP | <input type="checkbox"/> \$ 6.000 | <input type="checkbox"/> \$ 4.800 | NO inscriptos PRONAP | <input type="checkbox"/> \$ 16.900 | <input type="checkbox"/> \$ 13.500 |
| Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> | | | Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> | | |

VITALICIOS/HONORARIOS (PAPEL+WEB)

VITALICIOS/HONORARIOS (WEB)

FORMAS DE PAGO

Mastercard

American Express

Visa

Debe consignar el número completo de su tarjeta y fecha de vencimiento. VISA y MASTERCARD tienen 16 dígitos y AMERICAN EXPRESS 15 dígitos

N° Fecha venc. Tarjeta / (mm/aa)

Autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría a debitar en mi tarjeta de crédito el pago del Curso PRONAP Nutrición 2020

BAPRO PAGOS (1 sólo pago)

PAGO FACIL (1 sólo pago)

PAGO MIS CUENTAS/LINK PAGOS⁽¹⁾

⁽¹⁾ Recibirá por mail su código de pago electrónico y a mediados de cada mes se habilitará el pago en el sistema. En pagomiscuentas y linkpagos respectivamente debe buscar el rubro: "Clubes y asociaciones", sub rubro o empresa: "SAP-PEDIATRIA".

SISTEMA DE PAGO DIRECTO POR DEBITO EN SU CAJA DE AHORRO O CUENTA CORRIENTE.

Fecha de débitos: 1º día hábil de cada mes.

Número de Clave Bancaria Unificada (CBU)

N°

En mi carácter de titular de la cuenta de depósito correspondiente al CBU indicado precedentemente, autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría y al Banco _____ (Banco donde tiene su cuenta bancaria) a efectuar los débitos detallados de mi

cuenta C.A. / C.C. .

Nº _____, los importes de las cuotas o facturas correspondientes a los pagos solicitados, en las fechas de vencimiento.

Firma titular

Aclaración

Tipo y N° de documento

FORMAS DE ENVÍO E INSCRIPCIÓN

- Imprima, complete, escanee o fotografíe con su celular y envíe a pronap@sap.org.ar
- Imprima, complete y envíe por correo postal a: Oficina PRONAP – Coronel Diaz 1971 (1425) Ciudad de Buenos Aires
- Complete esta ficha en Word y envíe adjunto a pronap@sap.org.ar
- Realice su inscripción directamente y sin imprimir esta ficha en www.sap.org.ar, "Trámites online"